|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | В ЛОГКУ "ЦСЗН" | |
| от |  |
|  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью заявителя) |
|  | |
| (дата рождения гражданина) | |
|  | |
| (реквизиты паспорта гражданина Российской Федерации: серия, номер, дата выдачи, код подразделения - для граждан от 14 лет и старше; для граждан в возрасте до 14 лет: номер актовой записи, дата актовой записи, наименование органа, составившего запись) | |
|  | |
| (СНИЛС) | |
|  | |
| (адрес места жительства заявителя на территории Ленинградской области, сведения о фактическом месте проживания заявителя в Ленинградской области) | |
|  | |
| (контактный телефон и e-mail (при наличии)) | |
|  | |
| от |  |
|  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью представителя заявителя) |
|  | |
| (реквизиты документа, удостоверяющего полномочия представителя заявителя) | |
|  | |
| реквизиты документа представителя заявителя, паспорта гражданина Российской Федерации: | |
|  | |
| наименование, серия, номер, дата выдачи, код подразделения <1> \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  | |
| (адрес регистрации по месту жительства) | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Заявление***  ***о предоставлении инвалиду в собственность дополнительных технических средств реабилитации или компенсации части его расходов на самостоятельное приобретение дополнительного технического средства реабилитации*** | | |
|  | | |
| *Прошу предоставить гражданину* | |  |
|  | | *(ФИО полностью, дата рождения)* |
|  | | |
| *в собственность дополнительное техническое средство реабилитации или компенсацию части расходов на самостоятельное приобретение дополнительных технических средств реабилитации (далее - ДТСР) (нужное подчеркнуть):* | | |
| *1.* |  | |
|  | *(наименование ДТСР)* | |
| *2.* |  | |
| *3.* |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| К заявлению прилагаю: | | |
|  | | |
| N п/п | Наименование документа | Количество |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| Согласен(на) на запрос документов (сведений), необходимых для предоставления государственных(ой) услуг(и).  Я подтверждаю, что вся представленная информация является достоверной и точной.  Со сроками оказания государственной услуги ознакомлен(а).  Предупрежден(а) о том, что:  при представлении заведомо ложных и(или) недостоверных сведений, а также при умолчании о фактах, влекущих отказ в предоставлении, прекращение предоставления мер(ы) социальной поддержки, предусмотрена уголовная ответственность [статьей 159.2](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=495184&dst=1224) Уголовного кодекса Российской Федерации;  при запросе документов (сведений), необходимых для предоставления государственных(ой) услуг(и), вопрос предоставления государственных(ой) услуг(и) будет рассмотрен после получения сведений и о возможности представления таких документов (сведений) по собственной инициативе.  Уведомлен(а) о том, что возврат излишне выплаченных средств производится добровольно, в противном случае излишне выплаченные средства взыскиваются в судебном порядке. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (подпись) |  | (фамилия, инициалы заявителя (представителя заявителя)) |  | (дата) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Результат рассмотрения заявления прошу: | | | |
|  | | | |
|  | выдать на руки заявителю (представителю заявителя) в МФЦ (указать адрес МФЦ) | | |
|  |  | | |
|  | выдать на руки в МФЦ, расположенном по адресу: |  | |
| законному представителю несовершеннолетнего: (*указать ФИО законного представителя*) | | |
|  | | ; |
| документ, удостоверяющий личность законного представителя несовершеннолетнего: | | |
|  | | |
| (*указать сведения о документе, удостоверяющем личность законного представителя, уполномоченного на получение результатов предоставления услуги в отношении несовершеннолетнего*) | | |
|  | направить в электронной форме в личный кабинет на ПГУ ЛО/ЕПГУ (Данный вариант выдачи результата возможен в случае, если заявление о предоставлении государственной услуги подано на ПГУ ЛО/ЕПГУ) | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (подпись) |  | (фамилия, инициалы заявителя (представителя заявителя)) |  | (дата) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Заполняется специалистом МФЦ: | | | | |
|  | | | | |
| Специалистом удостоверен факт собственноручной подписи заявителя (представителя заявителя) в заявлении | | | | |
|  | | | | |
|  | / |  | / |  |
| подпись |  | расшифровка подписи |  | дата |

--------------------------------